



**DOÑA ANA COUNTY HEAD START
DENTAL EXAM - MEDICAL EXAM**

Reminder

REMINDER #1 **DATE:** _____

REMINDER #2 **DATE:** _____

DEAR _____ **CENTER** _____ **AM** **PM**
FROM: Health/Nutrition Specialist **CHILD** _____ **DOB** _____

_____ **DENTAL:** Our records indicate that your child has not received a dental exam.
Please make an appointment with one of the following:

- Your primary dentist _____
- Dr. Joy Trigo at 647-4089; 1131 Medpark, Las Cruces.
- La Clinica de Familia at 532-1933; 1160 Mall Dr., Las Cruces
- La Clinica de Familia at 882-3607; 855 Anthony Dr., Anthony
- Kids Kare at 532-5437; 530 A N. Telshor, Las Cruces
- Kids Kare at 882-7800; 1275 Anthony Dr., Anthony
- Drs. Conniff and Gormley at 522-8229; 2701 E. Missouri, Las Cruces

Notify the receptionist that your child is enrolled in Doña Ana County Head Start and if your child has Medicaid.

_____ **MEDICAL:** Our records indicate that your child has not received a physical exam.

- Your primary doctor _____
- Dr. Hector Ocarranza, Anthony, NM (575) 882-2956
- Ben Archer Health Clinic at 382-9292; 1600 Thorpe Rd.
- La Clinica de Familia (Administration) at 526-1105; 1100 S. Main St. Ste A Las Cruces.

Notify the receptionist that your child is enrolled in Doña Ana County Head Start and if your child has Medicaid.

_____ **LEAD SCREENING:** Our records indicate that your child has not received a lead screening.

_____ **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/HCT):** Our records indicate that your child has not received an Hgb/HCT screening.

When you call for an appointment, mention that your child is in Head Start. Have the doctor complete ALL SECTIONS of the physical exam form and return it to our Head Start Program in the attached envelope.

I acknowledge that I have received a copy of this form. Parent Signature: _____
Date: _____

***IF YOU HAVE ANY QUESTIONS, PLEASE CALL THE HEALTH/NUTRITION
SPECIALIST AT 647-8733 ext. 123.***



**HEAD START DEL CONDADO DE DOÑA ANA
EXAMEN DENTISTA – EXAMEN FISICO**

Recordatorio

RECORDATORIO #1

FECHA: _____

RECORDATORIO #2

FECHA: _____

Sr. Sra.: _____

Centro: _____ **AM PM**

De: Health/Nutrition Specialist

Niño/a: _____ **FdN** _____

_____ **DENTISTA: Nuestros** documentos indican que su niño aún no a recibido un examen dental. Por favor haga una cita con el siguiente dentista.

- Dentista primeria _____
- Dr. Joy Trigo at 647-4089; 1131 Medpark, Las Cruces.
- La Clinica de Familia at 532-1933; 1160 Mall Dr., Las Cruces
- La Clinica de Familia at 882-3607; 855 Anthony Dr., Anthony
- Kids Kare at 532-5437; 530 A N. Telshor, Las Cruces
- Kids Kare at 882-7800; 1275 Anthony Dr., Anthony
- Drs. Conniff and Gormley at 522-8229; 2701 E. Missouri, Las Cruces

Notifique a la recepcionista que su niño/a está inscribió en el Programa de Head Start, y si su niño/a tiene Medicaid.

_____ **MEDICO: Nuestros** documentos indican que su niño/a no ha recibido un examen físico del doctor. Por favor, haga una cita con uno de los siguientes:

- Primaria médico _____
- Dr. Hector Ocarranza, Anthony, NM (575) 882-2956
- Ben Archer Health Clinic at 382-9292; 1600 Thorpe Rd.
- La Clinica de Familia (Administration) at 526-1105; 1100 S. Main St. Ste A Las Cruces.

Notifique a la recepcionista que su niño/a está inscribió en el Programa de Head Start, y si su niño/a tiene Medicaid.

_____ **PRUEBA DE PLOMO:** Nuestros documentos indicante que su niño/a no ha recibido una prueba de plomo del doctor.

_____ **Hemoglobin/Hematocrit (Hgb/HCT):** Nuestros documentos indicante que su niño/a no ha recibido una prueba de Hgb/HCT del doctor.

Cuando usted llame para hacer la cita, mencione que su niño está en el Programa de Head Start. Pídale al doctor que le de a su niño/a un examen físico completo y que llene la forma que le mandamos con este recordatorio. Usted tiene que volver esta forma completa a la de su niño/a.

I reconozco que he recibido una copia de este formulario. Firma del Padre: _____

fecha: _____

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR LLAME A ESPECIALISTA DEL PROGRAMA AL SIGUIENTE NÚMERO DE TELÉFONO 647-8733 ext. 123.